

Верин В.М., Авдей П.П., Пашкевич Д.В.

ВТОРИЧНЫЕ ОМЕНТИТЫ У ДЕТЕЙ

/ Минск /

Вторичные оментиты наиболее часто являются спутниками деструктивного аппендицита. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения вторичного оментита недостаточно отражены в литературе, опубликованные работы не содержат обобщающих рекомендаций.

В хирургических отделениях ЦРБ и Минской областной детской клинической больницы оперировано 67 детей с вторичными оментитами обоего пола от 1 года 8 месяцев до 15 лет. У 61 ребенка на первой операции резекция сальника была дополнением к аппендэктомии, у 6 изменений в нем замечено не было.

Начальные признаки вторичного оментита возникают, как правило, на 2-3 недели после аппендэктомии, причем предшествующее течение послеоперационного периода у большинства детей было благоприятным, что позволило выписать из стационара 9 детей с нормальными показателями лейкоцитарной формулы крови. У 5 детей клинические проявления оментита возникли в сроки от 1,5 до 8 месяцев с момента первой операции, что связано с бессимптомным длительным существованием очага хронической инфекции в культе сальника. Наиболее ранними, общими и постоянными для всех больных симптомами начала вторичного оментита являлись: боли в животе, субфебрильная, а затем гектическая лихорадка, интоксикация, гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево. Спустя 3-5 дней после этого пальпаторно определялось опухолевидное образование в брюшной полости. У 55 больных это образование локализовалось справа от средней линии на уровне пупка, у остальных - в правой подвздошной области, слева от пупка, в малом тазу. У 11 детей наличие сформированного абсцесса сальника с перивисцеритом уже на ранних сроках вызвало явления полной острой низкой кишечной непроходимости. У 8 больных стертое течение абсцесса сальника на фоне антибактериальной терапии привело к прорыву очага в свободную брюшную полость с быстрым ухудшением состояния и развитием клинической картины разлитого гнойного перитонита.

Ранняя диагностика вторичного оментита у детей представляет достаточные трудности. Основным признаком, позволяющим заподозрить начало оментита: данные анамнеза - резекция сальника при первой операции, клинико-лабораторные показатели наличия воспалительного процесса, симптом пальпируемого образования в брюшной полости. При затруднении пальпации живота показан осмотр в условиях

медикаментозного сна или под наркозом. Дополнительные методы исследования, (рентгенологические, УЗ сканирование), проведенные у части наших больных, не имели особой диагностической ценности, особенно при глубоком расположении абсцесса сальника в верхнем отделе живота.

Основным методом лечения вторичных абсцессов сальника у детей является оперативное вмешательство. Консервативная терапия этого заболевания, как правило, успеха не имеет. Доступ к очагу воспаления определяется непосредственно перед операцией пальпацией живота под наркозом. Объем и характер оперативного вмешательства зависит от вида воспалительных изменений в брюшной полости. У 12 больных при сочетании абсцесса сальника с перивисцеритом и припаиванием конгломерата к брюшной стенке произведено вскрытие очага внебрюшинно с оставлением в полости дренажной трубки. У 9 детей с изолированными абсцессами культы большого сальника удалось полностью его резецировать в пределах здоровых тканей. У 42 больных при сочетании абсцесса с выраженным перивисцеритом при глубоком расположении без припаивания к брюшной стенке после ограничения от свободной брюшной полости выполнено дренирование очага с оставлением в полости абсцесса тампона и дренажной трубки. У 4 больных при трудностях достижения отграничения очага от свободной брюшной полости выполнена операция марсупиализации путем подшивания капсулы абсцесса к передней брюшной стенке. В послеоперационном периоде в условиях отделения интенсивной терапии тампоны начинали подтягивать со вторых суток и полностью удаляли на 4-е сутки, дренажную трубку - на 5-6 день. Все оперированные дети выздоровели.

Таким образом, наиболее вероятными причинами вторичного оментита являются: резекция большого сальника, вовлеченного в воспалительный процесс, не в пределах здоровых тканей или неправильная оценка его состояния и отказ от резекции при выполнении аппендэктомии; возможность длительного существования инфекции в культе резецированного сальника; формирование значительной по размерам культы в результате одномоментной перевязки большого массива тканей сальника; спайание культы сальника с соседними органами с формированием замкнутой полости с сохранением в ней очага инфекции.

Мероприятия, направленные на устранение выше перечисленных моментов, по нашему мнению, и являются средствами профилактики вторичных оментитов у детей.